

【 介護老人保健施設 リーズ 診断書 】

＜居宅サービス用＞

ご利用者氏名： _____ 様 性別：（ 男 ・ 女 ）

生年月日：（ 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ） 年 月 日 （ _____ 歳 ）


住 所： _____ TEL _____ （ _____ ）

病 名	発症年月日	既 往 歴	発症年月日

現 病 歴

現在の処方内容(内服・外用・点眼など)

感染症	HBs抗原（ _____ ） ワ氏反応（ _____ ） HCV抗体（ _____ ） 緑膿菌（ _____ ） MRSA（ _____ ） { 喀痰 ・ 創部 ・ 尿 ・ 便 ・ 鼻腔 ・ その他（ _____ ） }
皮膚疾患	白癬（ + ・ - ） 疥癬（ + ・ - ） その他（ _____ ） 褥瘡（ 無 ・ 有 : 部位 _____ 状態 _____ ）

心電図所見 _____（ _____ 年 月 日 ） 正常範囲 ・ 異常所見	胸部レントゲン所見 _____（ _____ 年 月 日撮影 ） 正常範囲 ・ 異常所見 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>
ツベルクリン反応	

精神状態 認知症または精神症状の有無
 無 有（ _____ ）

上記の通り診断致しました。

年 月 日	医療機関／施設名	
	所 在 地	
	電 話	（ _____ ）
	医 師 名	科

印

介護老人保健施設 「リーブズ」 利用申込書

年 月 日

ご利用者 (〒 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____ (_____)

生年月日 (M. T. S) _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 要介護度 要支援 ・ 1 ・ 2
 要介護 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

* 有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

(*印の所については、確定されている場合、丸印とご記入願います。
 介護度未確定の方は下記に申請日または未申請に丸印をお願いします)

* 申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ 未申請 _____

申込者 (〒 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 (M. T. S) _____ 年 _____ 月 _____ 日

電 話 _____ (_____)

(携 帯) _____

続 柄 _____ 男 ・ 女

職 業 _____

勤務先名 _____

電 話 _____ (_____)

家族構成 (同居人) について

氏 名	続柄	年齢	職業・勤務先
	本人		

【 ADL（日常生活動作） 】

① 寝返り	・可能	・つかまれば可能	・できない
② 座位保持	・可能	・つかまれば可能	・できない
③ 立ち上がり	・可能	・つかまれば可能	・できない
④ 立位保持	・可能	・つかまれば可能	・できない
⑤ 歩行	・可能	・つかまれば可能	・できない
⑥ 食事	・自立	・見守り、声かけが必要	・要介助
⑦ 排泄	・自立	・見守り、声かけが必要	・要介助
⑧ 入浴	・自立	・見守り、声かけが必要	・要介助
⑨ 衣服着脱	・自立	・見守り、声かけが必要	・要介助
⑩ 洗面歯磨き	・自立	・見守り、声かけが必要	・要介助
⑪ 車椅子	・使用せず	・使用（自立 一部介助 全介助）	
⑫ その他	・装 具	・無	・有（ ）
	・歩行器	・無	・有（ ）
	・杖	・無	・有（ ）
	・おむつ使用	・無	・有（ ）
	・失 禁	・無	・有
	・尿 器	・無	・有（ ）
	・ポータブルトイレ	・無	・有
	・意志の疎通	・可能	・不可能
	・言語障害	・無	・有（ ）
	・聴力障害	・無	・有（ 右 左 両 ）
	・補聴器使用	・無	・有
	・視力障害	・無	・有（ 右 左 両 ）
	・リハビリへの意欲	・無	・有
	・協調性	・無	・有

【経済状況】 ・ご本人様が現在お受けになられている年金の種類を差し支えなければ下記にご記入ください。

例) 国民年金・共済年金・軍人恩給 等
